FIRST STEPS
KENTUCKY'S EARLY INTERVENTION SYSTEM

Aviso de Acción y Autorización para la Evaluación de Nivel Secundario

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **TOTS ID#:** _____

Antes de tomar ciertas acciones, a usted se le debe entregar un aviso previo por escrito y debemos obtener de parte suya una autorización por escrito. La revisión de los registros es el segundo nivel en el sistema de evaluación del programa de Primeros Pasos *(First Steps)* utilizado para proporcionar información adicional sobre su niño. El equipo de revisión de registros leerá toda la información pertinente sobre su niño incluyendo la evaluación disponible y valoración, anotaciones de servicios, registros de salud y otra información recopilada por el programa de *First Steps*. Esta evaluación integral proporciona información más detallada para poder planificar la intervención temprana e incluso desarrollar el Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP, por sus siglas en inglés).

La acción(es) propuesta: ***(marque todos los que correspondan)***

- ☐ Evaluación de nivel intensivo
- ☐ Solicitar excepción de limitación del servicio de *First Steps*
- ☐ Autorizar la entrega de los registros de intervención temprana de su niño al equipo de revisión de registros

Razón para la acción: ***(marque todos los que correspondan)***

- ☐ Se propone una evaluación de nivel intensivo de su niño para aclarar el estado de su desarrollo y así planificar la intervención que necesita el niño y desarrollar el plan IFSP.
- ☐ Se propone una revisión de registros de las excepciones de servicios para proporcionarle al equipo de IFSP las recomendaciones sobre la frecuencia, intensidad, duración y tipo de servicio de intervención temprana que necesita su niño.

Su firma de autorización es **OBLIGATORIA** para poder comenzar las acciones que se indican a continuación. La autorización es voluntaria y puede ser revocada en cualquier momento solicitando una revocación por escrito. Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de la información que se comparte. Cualquier registro enviado al Programa de *First Steps* será sujeto a ser revelado nuevamente según lo establecido por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) http://www.ed.gov/policy/gen/guid/fpco/ferpa/index.html

Si usted no da autorización para compartir información con los profesionales que llevan a cabo las evaluaciones y valoraciones, el programa de *First Steps* no puede ser capaz de determinar si califica ni desarrollar un Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP).

☐ **Evaluación intensiva del Nivel**	☐ **Autorizo**	☐ **Declino**
☐ **Revisión de registros para excepciones de servicios**	☐ **Autorizo**	☐ **Declino**

Esta autorización para revelar los registros es válida hasta: ____/____/____
Mes Día Año

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Si la autorización es firmada por un representante personal del individuo, por favor incluya una descripción de la autoridad que tiene sobre el niño y adjunte una copia del documento que le otorga la autoridad.

Firma del representante de *First Steps*: _____ **Fecha:** _____

Con este aviso incluimos una copia de los Derechos de los Padres. Si usted cree que la Oficina de Punto de Contacto (POE) ha infringido los reglamentos relacionados con la acción, usted puede presentar una queja por escrito al Departamento para la Salud Pública, First Steps llamando al 877-417-8377 o por correo electrónico al chfs.firststeps@ky.gov.

Kentucky Public Health
Prevent. Promote. Protect.

El costo de impresión fue pagado con fondos del estado a través del Departamento para la Salud Pública, del Programa First Steps, conforme a KRS 57.375